

TRANSTORNOS GASTROINTESTINAL

¿Qué ES?

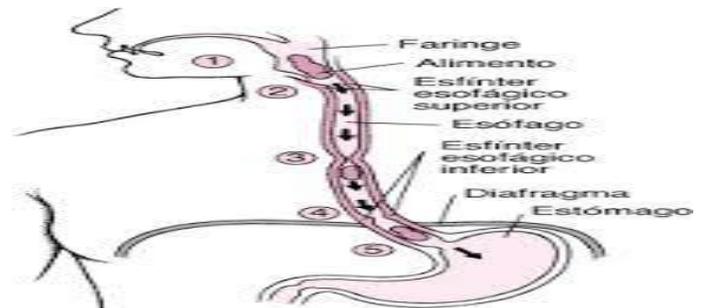
Es un tubo que conecta la orofaringe con el estómago. Se ubica por detrás de la tráquea y la laringe, y se extiende hasta el mediastino para cruzar el diafragma a la altura de la onceava vértebra torácica.

PAREDES DEL ESOFAGO

La capa mucosa interna contiene epitelio estratificado no queratinizado.

La capa submucosa contiene glándulas secretoras de moco que aportan fluidos que contienen mucina, que lubrican la pared esofágica y facilitan el paso de los alimentos

La capa muscular externa está compuesta por músculo esquelético en el tercio proximal del esófago, una mezcla de músculo esquelético y liso en su tercio medio, y músculo liso en su tercio distal



ANOMALIAS CONGENITAS

La atresia esofágica (AE) y la fístula traqueoesofágica (FTE) son trastornos congénitos muy frecuentes del esófago y afectan alrededor de 1 de cada 45 000 neonatos

Los neonatos con peso inferior a 1 500 g al nacer tienen un riesgo más alto de mortalidad, en particular si la anomalía esofágica coexiste con una cardíaca

DISFAGIA

La disfagia alude a la dificultad para la deglución. Si la deglución es dolorosa, se denomina odinofagia. La disfagia puede derivar de causas neuromusculares o estructurales. Estos trastornos pueden producir estrechamiento del esófago, falta de secreción salival, debilidad de las estructuras musculares que impulsan el bolo alimentario hacia el estómago, o interrupción de las redes neurales que coordinan el mecanismo de la deglución

HERNIA HIATAL

HERNIA HIATAL DESLIZANTE

La hernia hiatal deslizante se caracteriza por una protrusión del estómago en forma de campana por encima del diafragma, las hernias hiatales deslizantes pequeñas son comunes y se consideran insignificantes en personas asintomáticas

REFLUJO GASTROESOFAGICO

En el contexto del reflujo gastroesofágico, alude al desplazamiento retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago, condición que genera ardor epigástrico o pirosis. Es probable que se trate del trastorno más frecuente que se origina en el tubo GI. El esfínter esofágico inferior regula el flujo de alimentos del esófago hacia el estómago. Los músculos circulares de la porción distal del esófago constituyen los mecanismos intrínsecos y la porción del diafragma que circunda al esófago representa el mecanismo extrínseco.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Pirosis Es común que sea intensa y se presente entre 30 min y 60 min después de la alimentación, tiene lugar durante la noche. Otros síntomas incluyen la presencia de eructos y dolor torácico; éste suele ubicarse en el área epigástrica o retroesternal y, a menudo, se irradia hacia la garganta, los hombros o la espalda. También puede inducir síntomas respiratorios, como asma, tos crónica y laringitis.



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Los ensayos con supresión del ácido, la esofagoscopia y el monitoreo ambulatorio del Ph esofágico. Los ensayos de supresión del ácido implican la administración de un inhibidor de la bomba de protones durante 7 a 14 días, para determinar si se logra el alivio sintomático. La esofagoscopia implica el paso de un endoscopio flexible de fibra óptica hacia el esófago a fin de visualizar el lumen del tubo digestivo proximal. También permite la realización de una biopsia, en caso de que exista indicación.

El consumo de comidas abundantes y alimentos que reducen el tono del esfínter esofágico inferior (p. ej., cafeína, grasas y chocolate), alcohol y tabaco.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS

El reflujo gastroesofágico es un problema común en neonatos, lactantes y niños. La poca capacidad de almacenamiento del esófago del lactante, junto con las frecuentes reducciones espontáneas de la presión del esfínter, contribuyen al reflujo. El reflujo patológico se clasifica en 3 categorías:

1. Regurgitación y desnutrición.
2. Esofagitis.
3. Problemas respiratorios

los síntomas se resuelven entre los 9 y 24 meses de edad.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Evidencia de dolor al deglutir, hematemesis, anemia por hemorragia esofágica, pirosis, irritabilidad y el llanto súbito o incontrolable. Dificultades para la alimentación, como rechazo a la misma y aversión a ciertas texturas de alimentos. Se cree que la posición de la cabeza corresponde a un intento por proteger la vía aérea o reducir el dolor relacionado con el reflujo.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico puede confirmarse mediante estudios con sonda del pH esofágico, esofagografía baritada con fluoroscopia y centelleo grafía.

TRATAMIENTO: Antiácidos, Los antagonistas de los receptores H₂ y los inhibidores de la bomba de protones pueden utilizarse en niños con reflujo persistente.

TRANSTORNOS DEL ESTOMAGO

GASTRITIS

La gastritis hace referencia a la inflamación de la mucosa gástrica. Existen muchas causas de gastritis, la mayor parte de las cuales pueden agruparse bajo los rubros de gastritis aguda o gastritis crónica.

GASTRITIS CRÓNICA

Gastritis crónica La gastritis crónica es una entidad independiente de la gastritis aguda. Se caracteriza por la ausencia de erosiones macroscópicas y la presencia de cambios inflamatorios crónicos, que de manera eventual conducen a la atrofia del epitelio glandular del estómago

Gastritis por Helicobacter pylori

La gastritis por Helicobacter pylori es una enfermedad inflamatoria crónica del antro y el cuerpo del estómago. La infección crónica por H. pylori puede inducir atrofia gástrica y ulceración péptica, y se relaciona con un aumento en el riesgo de adenocarcinoma gástrico y de producción de tejido linfoide asociado a la mucosa, que puede evolucionar a linfoma

PATOGENESIS

Helicobacter pylori es un bacilo gramnegativo pequeño, curvo con forma de espiral (protobacteria), que puede colonizar las células epiteliales secretoras de moco del estómago. Varias proteínas de H. pylori son inmunogénicas y evocan una respuesta inmunitaria intensa en la mucosa.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

incluyen la prueba de carbono (C) de urea en la exhalación que recurre al empleo de un isótopo de carbono radioactivo (^{13}C / ^{14}C - urea), las pruebas serológicas, la prueba de antígenos en heces y la biopsia endoscópica para detección de ureasa

TRATAMIENTO

amoxicilina, tetraciclina, aminoglucósidos o sales de bismuto, en combinación con inhibidores de la bomba de protones, como lanzoprazol y omeprazol³⁴. El tratamiento suele administrarse durante 10 a 14 días

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

Es un concepto que se utiliza para describir a un grupo de trastornos ulcerosos que afectan las regiones del tubo GI proximal que se encuentran expuestas a las secreciones de ácido y pepsina.

ULCERAS PEPTICAS

Las úlceras duodenales se presentan con 5 veces más frecuencia que las gástricas. La edad pico para el desarrollo de úlcera péptica se incrementó de manera progresiva en los últimos 50 años y en la actualidad se encuentra entre los 20 y 60 años de edad en el caso de las úlceras duodenales. La úlcera péptica puede afectar una o todas las capas del estómago o el duodeno puede penetrar tan sólo la superficie mucosa o extenderse hasta las capas de músculo liso.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

la anamnesis, pruebas de laboratorio, estudios radiológicos y la exploración endoscópica

ULCERAS PEPTICAS

Las úlceras duodenales se presentan con 5 veces más frecuencia que las gástricas. La edad pico para el desarrollo de úlcera péptica se incrementó de manera progresiva en los últimos 50 años y en la actualidad se encuentra entre los 20 y 60 años de edad en el caso de las úlceras duodenales. La úlcera péptica puede afectar una o todas las capas del estómago o el duodeno puede penetrar tan sólo la superficie mucosa o extenderse hasta las capas de músculo liso.

ULCERAS PEPTICAS

Las úlceras duodenales se presentan con 5 veces más frecuencia que las gástricas. La edad pico para el desarrollo de úlcera péptica se incrementó de manera progresiva en los últimos 50 años y en la actualidad se encuentra entre los 20 y 60 años de edad en el caso de las úlceras duodenales. La úlcera péptica puede afectar una o todas las capas del estómago o el duodeno puede penetrar tan sólo la superficie mucosa o extenderse hasta las capas de músculo liso.

TRATAMIENTO

medicamentos protectores de la mucosa, para aliviar los síntomas y promover la cicatrización del cráter ulceroso de antagonistas de los receptores H₂ o inhibidores de la bomba de protones. En esencia, se utilizan 3

tipos de antiácidos para aliviar la acidez gástrica: carbonato de calcio, hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio.

Síndrome de Zollinger-Ellison

Es una condición rara que genera un tumor secretor de gastrina (gastrinoma).

En las personas con este trastorno, el incremento de la secreción de ácido gástrico induce ERGE o enfermedad ulcerosa péptica grave

ULCERAS POR ESTRÉS

El concepto de úlceras por estrés hace referencia las ulceraciones GI que se desarrollan en relación con un estrés fisiológico intenso. Las personas con riesgo elevado de desarrollar úlceras por estrés incluyen a quienes sufren quemaduras en áreas de superficie grandes (úlceras de Curling)⁴³, traumatismo, septicemia, síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia hepática grave y procedimientos quirúrgicos mayores.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La tomografía computarizada (TC), la ecografía abdominal y la angiografía selectiva se utilizan para localizar el tumor y determinar si existe enfermedad metastásica.

TRATAMIENTO

Exitripcion quirurgica



SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

El concepto de síndrome de intestino irritable se utiliza para describir un trastorno GI funcional caracterizado por una combinación variable de síntomas intestinales crónicos y recurrentes que no pueden explicarse a partir de anomalías estructurales o bioquímicas

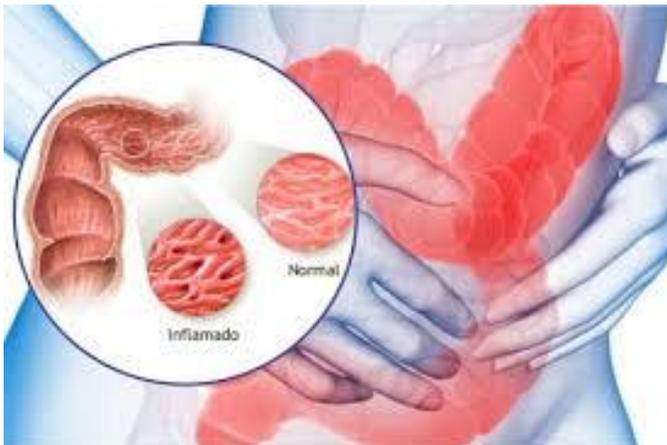
MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICO

suele basarse en los signos y síntomas de dolor o malestar abdominal, distensión y estreñimiento o diarrea, o bien por episodios alternantes de estreñimiento y diarrea. malestar abdominal o dolor en los 12 meses precedentes, con 2 de 3 de las siguientes características acompañantes: alivio con la defecación, inicio relacionado con una modificación en la frecuencia de las evacuaciones e inicio asociado a un cambio de la forma(aspecto) de las heces

TRATAMIENTO

suele recomendarse un consumo adecuado de fibra. Evitar las sustancias lesivas mediante el seguimiento de dietas que eliminan los alimentos grasos y los que generan gases, el alcohol y las bebidas que contengan cafeína, pudiera ser una medida benéfica



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

La diverticulosis es una afección que con frecuencia se presenta en la región distal del colon descendente y el colon sigmoides, en la que la capa mucosa del colon se hernia a través de la capa muscular. La mayoría de las personas con enfermedad diverticular permanece

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

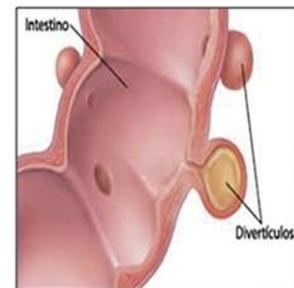
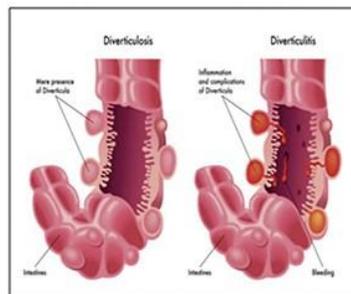
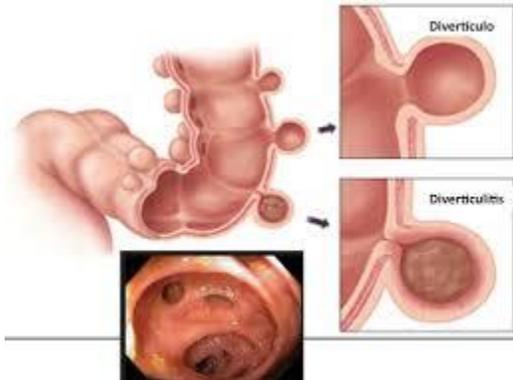
La ecografía o la TC pueden utilizarse para confirmar el diagnóstico en los casos en que se sospechan causas alternativas de dolor abdominal

TRATAMIENTO

extirpación quirúrgica del apéndice

APENDICITIS

El apéndice se inflama, edematiza y gangrena y, por último, se perfora si no recibe tratamiento. La apendicitis se relaciona con la obstrucción intraluminal en el apéndice por un fecalito (es decir, trozo de heces induradas), litos biliares, tumores, parásitos o tejido linfático. Al inicio, el dolor es vago, pero en un período de 2 h a 12 h se intensifica de manera gradual y puede volverse de tipo cólico. Cuando el proceso inflamatorio se extiende para afectar la capa serosa del apéndice y el peritoneo, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho



HEPATITIS VIRAL

La hepatitis hace referencia a la inflamación del hígado. Puede ser causada por virus hepatotrópicos que afectan de manera primordial las células hepáticas o hepatocitos, por mecanismos autoinmunitarios o reacciones por fármacos y toxinas, o bien ser secundaria a otros trastornos sistémicos

VIRUS

Los virus hepatotrópicos conocidos incluyen al virus de la hepatitis A (VHA), al virus de la hepatitis B (VHB), al virus δ asociado con el virus de la hepatitis B (VHD), al virus de la hepatitis C (VHC) y al virus de la hepatitis E (VHE)

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

Existen 2 mecanismos de lesión hepática en la hepatitis viral: la lesión celular directa y la inducción de respuestas inmunitarias contra los antígenos virales. La evolución clínica de la hepatitis viral determina distintos síndromes, lo que incluye la infección asintomática con sólo evidencia serológica del trastorno, la hepatitis aguda, el estado de portador sin enfermedad clínica aparente o con hepatitis crónica, la hepatitis crónica con o sin evolución a cirrosis, o a la enfermedad fulminante con desarrollo temprano de insuficiencia hepática

MANIFESTACIONES CLINICAS

pueden dividirse en 3 fases:

El período prodrómico o preictérico, el período icterico y el período de recuperación. Las manifestaciones del primer período varían de lo abrupto a lo insidioso, con malestar general, mialgias, artralgias, tendencia a la fatiga y anorexia

HEPATITIS A

La hepatitis A se debe al VHA, un virus pequeño y sin cubierta que cuenta con una sola cadena de ácido ribonucleico (ARN).

MANIFESTACIONES CLINICAS

fiebre, malestar general, náuseas, anorexia, malestar abdominal, coluria e ictericia. Los síntomas de presentación varían según la edad, y la gravedad de éstos aumenta en los grupos de mayor edad

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

La hepatitis A se contrae de manera primordial por vía orofecal. Cuenta con un período breve de incubación, de 14 a 28 días. El virus se multiplica en el hígado y se excreta en la bilis, para eliminarse en las heces. La eliminación fecal del VHA tiene lugar durante las 2 primeras semanas de la enfermedad. Las instituciones que albergan a gran número de personas (por lo general, niños) a veces son afectadas por alguna epidemia de hepatitis A. La conducta oral y la falta de entrenamiento para las evacuaciones favorecen la infección viral entre niños que acuden a guarderías preescolares, que luego llevan el virus a casa, hasta sus hermanos mayores y progenitores.

SYMPTOMS OF HEPATITIS A

